

公立病院の役割と契約, 制度設計および エージェンシーについて*

——指定管理者制度・地方独立行政法人・PFI——

澤 野 孝一朗**

要 旨

この論文の目的は、公立病院改革で活用される病院のエージェンシー化について、その制度をまとめ、地方公営企業で期待される「経済性」と「公共性」の両面がどのように実現されるのか、実現されないのであれば、どの部分が障害となるのかを Holmstrom and Milgrom (1991) のマルチ・タスク・モデルを用いて明らかにすることである。本稿の主要な結論は、次のとおりである。(1) 公立病院の役割は、民間医療機関では不十分にしか供給されない不採算医療サービスを提供することである。(2) 地方公営企業としての公立病院は、そのサービス提供による「公共性」の実現のみならず、病院収支等の「経済性」の実現も求められている。(3) 近年の公立病院改革では、民間的経営手法の活用が求められている。その代表的手法として、指定管理者制度・地方独立行政法人・PFI の3つがある。これら手法を活用し、成果を得るためにはインセンティブ設計を行う必要がある。(4) 非営利病院において余剰と病院のサービス使命に関する成功度の2つを考えるマルチ・タスク・モデルでは、病院のサービス使命の実現に関する努力を引き出すため、その成果指標を報酬契約で用いないこと、余剰に関する出来高率を引き下げることが最適契約である。(5) 指定管理者制度・地方独立行政法人・PFI の3つを早期に活用した病院の契約と制度設計を検討した。この内、指定管理

* この論文は、日本公共政策学会・2003年度研究大会報告、日本経済学会 2007年度秋季大会（日本大学）報告、日本経済政策学会・第42回中部地方大会（名古屋市立大学）、第13回公開シンポジウム「公立病院はどこへ行くのか—地域医療と経営改革—」での報告（名古屋市立大学大学院経済学研究科・附属経済研究所）、文部科学省科学研究費補助金（課題番号 18730169）の助成による調査「公立病院の役割とエージェンシー化について—経済性と公共性のバランスとその議論—」の一部を含むものである。本稿の作成にあたり、学会セミナーの参加者より有益なコメントを頂いた。本研究は JSPS 科研費 24530259 の助成を受けたものです。第13回公開シンポジウムでは、向井清史先生（名古屋市立大学・理事）、山田和雄先生（医学研究科）、中山徳良先生（経済学研究科）には、大変お世話になりました。ここに記して感謝いたします。なお本稿中の誤りについては、すべて筆者の責にあります。

** 名古屋市立大学大学院 経済学研究科
〒467-8501 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字山の畑1
Tel: 052-872-5754, Fax: 052-871-9429,
Email: sawano@econ.nagoya-cu.ac.jp

者制度を活用した横浜市立みなと赤十字病院には、「経済性」と「公共性」の両面を実現させるインセンティブ設計があり、公立病院の役割を効率的に実現している。

キーワード：公立病院の役割、地方公営企業、経済性、公共性、マルチ・タスク・モデル

JEL 分類：I10, L3

1. はじめに

日本の公立病院は、「公立病院改革プラン」の策定を契機に、大きな変革を遂げている。「公立病院改革プラン」とは、総務省が2007年12月に公表した『公立病院改革ガイドライン』において、各地方自治体に策定を求めた計画であり、各公立病院の改革指針である。このガイドラインでは、公立病院改革として経営形態の見直しを述べており、その選択肢として指定管理者制度の導入、地方独立行政法人化（非公務員型）、民間譲渡の3つをあげている。これらの手法は、行政において政策の企画・立案部門から執行部門を分離し、効率的・効果的なサービス供給を行わせることを目的とするものである。一般にこれをエージェンシーもしくはエージェンシー化と呼ぶ。

一方、地方公営企業としての公立病院は、「経済性」と「公共性」の両面の実現が求められる。公立病院のエージェンシー化において、この両面がどのように調整され、実現されるのか、実現されないのであれば何が障害になるのかは分析されていないテーマである。本稿は、Holmstrom and Milgrom (1991) のマルチ・タスク・モデルを用いて、日本の公立病院のエージェンシー化を分析し、その現状と課題を明らかにすることが目的である。

本稿の分析から得られた主な結論は、次のとおりである。(1) 公立病院の役割は、民間医療機関では不十分にしか供給されない不採算医療サービスを提供することである。(2) 地方公営企業としての公立病院は、そのサービス提供による「公共性」の実現のみならず、病院収支等の「経済性」の実現も求められている。(3) 近年の公立病院改革では、民間的経営手法の活用が求められている。その代表的手法として、指定管理者制度・地方独立行政法人・PFI (private finance initiative) の3つがある。これら手法を活用し、成果を得るためにはインセンティブ設計を行う必要がある。(4) 非営利病院において余剰と病院のサービス使命に関する成功度の2つを考えるマルチ・タスク・モデルでは、病院のサービス使命の実現に関する努力を引き出すため、その成果指標を報酬契約で用いないこと、余剰に関する出来高率を引き下げることが最適契約である。(5) 指定管理者制度・地方独立行政法人・PFIの3つを早期に活用した病院の契約と制度設計を検討した。この内、指定管理者制度を活用した横浜市立みなと赤十字病院には、「経済性」と「公共性」の両面を実現させるインセンティブ設計があり、公立病院の役割を効率的に実現している。

本稿の構成は、次のとおりである。2節では、公立病院の役割と地方公営企業の経営原則、最近の議論を整理する。3節は、公立病院改革で活用される指定管理者制度・地方独立行政法人・PFIの3つの手法の概要と、その期待される効果をまとめている。4節は、非営利病院のマルチ・タスク・モデルの最適契約である。5節は指定管理者制度の横浜市立みなと赤十字病院の分析、6節は地方独立行政法人の大阪府立病院機構の分析、7節はPFIの高知医療センターの分析である。最後の8節は、本稿の結論の要約と今後の課題である。

2. 公立病院の役割と経営原則

2.1 公立病院の役割

行政実務のハンドブックである自治体病院経営研究会編（2000）では、その役割として「①適正な医療の供給、へき地等地域医療の確保・向上、高度・特殊・先駆的医療の実施、②医療・保健・介護福祉との連携（p. 17）」をあげる。

総務省『公立病院改革ガイドライン』では、「公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること（例えば①過疎地、②救急等不採算部門、③高度・先進、④医師派遣拠点機能）」とする。

漆（1986）は先駆的研究であり、国公立病院が果たすべき機能として「不採算となる医療サービスであっても、資源配分・所得分配の観点から、供給することが望ましい医療サービスがある。このような医療サービスとしては、人口過疎地域における医療サービスと高度特殊医療サービスや重症救急患者のための医療サービスがあげられる（p. 60）」としている。

公立病院の多くは、国民皆保険制度が実施される前後に、「保険あって医療なし」と言われる医療機関の地域的偏在の問題に対処するために設立・整備されてきた背景があるため、現在でもなお（地域的な）医療サービスの供給不足の解消を目的としている色彩が強い。この理由から、現在でも公立病院の多くは、その役割として「適正な医療の供給（一般医療サービスの提供）」を掲げることが多い。

医療機関の自由開業制である日本では、どの地域に、どのような診療科を開くかは、原則として医療機関の開設者の自由である。このため採算を取ることができる地域や、採算の合う診療科は、現行制度のなかで十分に医療が供給される。しかし自由開業制のもとでは、住民が真に必要とする医療（もしくは診療科）があまねく地域に供給される保障はない。このため民間医療機関では不十分にしか供給されない不採算医療サービスの提供が、公費投入を受ける公立病院の重要な役割である。救急医療・小児医療・へき地医療・災害医療・精神医療・救貧医療

などがこれに当てはまる¹⁾。

公立病院は、歴史的経緯から地方のみならず都市部にも多くある。都市部にはすでに多くの医療機関があるので、公立病院の役割は都市と地方でわけて検討する必要がある。これを踏まえて整理すると、過疎地やへき地などの絶対的に医療施設が不足している地域では、一般医療サービスを供給すること（もしくは地域の医療を安定的に提供すること）が公立病院の重要な役割である。他方、都市部のように公的医療機関や民間医療機関が多く立地し、相互の機能が重複している場合には、救急医療などの採算性を理由として不足している医療サービスを政策的に供給することが公立病院の重要な役割である。

2.2 地方公営企業法の基本原則：経済性と公共性

日本の公立病院は、都道府県立・市町村立・組合立（国保・社会保険・一部事務組合）の3つの設置形態があり、一部の組合立を除いて、すべて地方公営企業法（昭和27年8月1日法律第292号）の適用を受けている。地方公営企業法は、地方自治体が担う企業活動を規定する法律であり、基本原則として「地方公営企業は、常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない（第3条）」とされている。地方公営企業としての公立病院は、経済性と公共性（住民福祉の向上）の両面の実現が求められている。

公営企業制度を解説した井上（1986）では、「経済性」とは「単にこのような一般的な能率性の発揮にとどまることなく、「企業の経済性」の発揮を求められているのである。この場合の企業の経済性とは、民間企業をも含めた企業一般に通ずる経営原則としての徹底した能率性と合理性をいうものである（p.45）」と説明する。

同じく「住民福祉の向上」、すなわち「公共性」とは「地方公営企業の経営における公共性の確保とは、単に住民の日常生活に不可欠な種類の財貨・サービスを提供して快適な住民生活の基礎的な条件の整備、都市機能の基盤などを形成するという意味ではなく、提供する財貨・サービスの質的向上、量的確保、適正な対価による提供等を意味するものである（pp.46-47）」としている。

地方公営企業は、この経済性と公共性の両面に配慮して、経営を行う必要がある。しかしこの両目的には相対する側面があり、この点について井上（1986）は「地方公営企業の経営に求められている経済性の発揮と公共性の確保は、皮相的に見れば矛盾対立した概念のように考えられる。このため、現実の問題として、料金改定、経営合理化等を進める場合にしばしば議論

1) 政策医療と呼ばれる場合がある。日本病院管理学会情報・用語委員会編『医療・病院管理用語辞典〔改訂版〕』（ミクス、2001年）では、政策医療は「国民の健康に重大な影響のある疾患に関する医療等、その時代において国の政策として担うべき医療（p.154）」と定義されている。

が対立する。地方公営企業の公共性を重視する立場に立てば、公共の福祉を増進するため、ときには企業としての採算を度外視して経営すべきであり、収入不足分は地方公共団体の一般会計において補填すべきであるということになる。他方、経済性を重視する立場に立てば、採算性の確保を厳しく追及し、採算がとれない場合は料金を直ちに改定するかサービスの提供を止めるべきであるということになる。これらの両説は、いずれも極論であり、両者の調和が適切に図られなければならない（pp. 47-48）」と述べている。

公立病院では、不採算医療サービスを提供する一方、経常的に赤字の病院も多い。地方公営企業では、経済性と公共性の両面の実現が求められており、その経営において、常に難しい問題であった。

2.3 トレード・オフ、経済性と公共性のバランスをめぐる議論

近年の公立病院改革の展開に伴い、この経済性と公共性のバランスが再び議論された。公立病院改革で顕著な成果をあげ、その問題認識と経験をまとめた研究である塩谷（2007）は、自治体病院のジレンマとして「自治体病院が政策医療としての「公共性」に重点をおけば「経済性」が低下し、「経済性」に軸足を移せば「公共性」が疎かになる。つまり、「公共性の確保」と「経済性の発揮」という2つの重い責務を、天秤棒のようにその肩に背負っている自治体病院の苦悩には深いものがある。まさに、ここに“自治体病院のジレンマ”が存在するのである（pp. 89-90）」とした。

仮に公立病院において「経済性」の側面を強く前面に押し出した場合、どのようなことが起こりうるのか、上記に先立つ塩谷（2005）は、次の3点を指摘した。第1は、住民サービスについてである。「自治体病院を設置・運営している行政側は、あまりにも「経済性の確保」を強調しすぎてはいないだろうか。極端に言えば、「赤字は罪悪。黒字であれば医療内容は問わない」といった風潮にあり、本質的な責務としての「公共性の発揮」が置き去りにされているように思えてならない。単に赤字の解消だけに目を奪われるのではなく、「住民に対するサービス」という行政の原点を再認識し、医療施策としてわかりやすく明確な“ビジョン”を提示すべきである（pp. 41-42）」とする。

第2は、病院職員や患者との関係についてである。「いくら効率化に成功しようとも、成果物としての品質が劣化したのでは、その価値は半減する。つまり、効率性は「量と質」の両面から吟味されるべきなのである。それゆえ、人件費や経費の削減という「量」における効率化を目的に、いくら「ムダを省け！」と檄を飛ばしても、それは職員の“やる気”を殺ぎ、医の倫理や社会的な道徳にもとる意思決定と行動を取らせ、結果的に患者満足度を低下させるばかりではなく、新たな問題の火種をまき散らすことにもなりかねず、決して職員や患者の共感を得ることはできない（p. 28）」としている。

第3は、公立病院の経済性と公共性の実現において、組織内（内部組織）における重要な関係性についてである。公立病院という公共部門の特徴を考慮すると、問題解決のカギとなるのは首長と院長の相互理解、およびその相互信頼であるとしている。

地方公営企業の経営では、経済性と公共性の両面を実現し、その改革においては両者を適切にバランスさせることが必要とされている。公立病院では、両者の実現とそのバランスが不適切に調整された場合、病院の内部組織、職員と患者の関係に歪みを与え、医療提供に関する住民サービスの質が低下する可能性がある。

3. ニュー・パブリック・マネジメントと公立病院改革

3.1 ニュー・パブリック・マネジメントと公共セクターの改革

ニュー・パブリック・マネジメント（New Public Management: NPM）とは、(1) 徹底した競争原理の導入、(2) 業績／成果による評価、(3) 政策の企画立案と実施執行の分離により、行政の意識を、法令や予算の遵守に留まらず、より効率的で質の高い行政サービスの提供へと向かわせ、行政活動の透明性や説明責任を高め、国民の満足度を向上させることを目指すものである（内閣府ホームページ「構造改革用語集」）。

ニュー・パブリック・マネジメントの考え方は、公共セクターの改革において活用され、その代表的な手法として指定管理者制度、地方独立行政法人、PFI（private finance initiative）がある。これら手法の活用は、エージェンシー（もしくはエージェンシー化）と呼ばれる。公立病院改革でも活用される手法であり、総務省『公立病院改革ガイドライン』では、公立病院の経営形態の見直しに関して、従来の直接経営方式（直営）ではなく、間接経営方式の採用を推奨しており、特に指定管理者制度の導入、地方独立行政法人化（非公務員型）、民間譲渡の3つをあげている。

3.2 制度の概要

① 指定管理者制度

指定管理者制度とは、地方自治法の「公の施設」の管理に関する第244条の2の規定を利用して、公の施設の管理について、第三者である指定管理者に行わせる手法である。この手法は、施設は地方自治体が所有し、その管理・運営は第三者が行うことから「公設民営方式」と呼ばれる。

指定管理者制度の特徴は、地方自治体の長または委員会が、指定管理者に対して、当該管理の業務または経理の状況に関して報告を求め、実地について調査し、必要な指示をすることが

できる点である²⁾。

② 地方独立行政法人

地方独立行政法人とは、地方独立行政法人法（平成15年7月16日法律第118号）に基づき、公の施設や地方公営企業を単体の法人として組織し、その経営を行わせる手法である。この手法は、特定の業務を行政部門から切り離し、一つの法人として組織を立ち上げることから「法人化」と呼ばれる。

地方独立行政法人の主たる特徴は、次の3点である。(1) 設置者は、法人化に際し、非公務員型の法人（一般地方独立行政法人）を選択することができ、当該法人は弾力的な経営を行うことができる。(2) 設置者は、法人の中期目標を定め、当該法人はその実現のための中期計画を策定する必要がある。(3) 評価委員会の設置が義務づけられており、当該法人はその評価を定期的に受ける必要がある。地方独立行政法人は、法令によって、法人による計画策定と第三者機関による進捗状況の評価が求められている³⁾。

③ PFI (private finance initiative)

PFIとは、民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律（平成11年7月30日法律第85号）に基づき、民間資金や経営能力・技術的能力を活用して公共施設の整備を行う制度である。PFIでは、施設整備から運営まで、その償還を含め、一貫した事業主体が担う。PFIに関係する事業主体は、特別目的会社（SPC）と呼ばれる。

内閣府「基本方針およびモニタリングガイドライン」は、公共施設の管理者等が事業者に入入検査を行い、事実確認や財務状況の確認を行うことを求めている。PFIの特徴は、契約によって、事業会社が公共施設整備からその運営を一体的に担い、地方自治体が履行状況を監視・監督する点である⁴⁾。

表1は、上記3つの制度について、その目的と期待される効果をまとめたものである。制度に共通して期待されていることは、民間活力を活用して、公共サービスの供給を効率化し、良質なサービスもしくは住民サービスの向上を図ることである。

以上をまとめると、公共セクターにおける新しい経営形態の特徴は、次のとおりである。設置者は、特定の事業に関して、契約（もしくは法令による目標・計画管理）により、その管理運営を第三者に委託する。事業年度ごとの活動成果を測定し、同時にその報告を受ける。最終的には、その達成状況の評価を行う。この契約・成果・評価システムを運用することで、安価

2) 三野（2007）は、指定管理業務のモニタリングおよび評価の必要性和問題点について議論している。

3) 奥林（2007）は、地方独立行政法人となった大阪府の公立大学と公立病院を事例にして、現段階での成果を報告している。

4) 総務省『PFI事業に関する政策評価書（平成20年1月）』は、モニタリングが十分に行われているとは必ずしも認め難い状況があることを報告している。古澤（2007）は、PFIが「箱物を整備する一手法」として理解されている側面を報告し、今後のPFIのあり方について議論している。

表 1 経営形態に関する目的とその効果

制度	項目	概要	出所
指定管理者制度	目的	公の施設の管理主体を民間事業者、NPO 法人等に広く開放し、出資法人とイコルフットイングで参入できるようにする	[1]
	効果	(1) 施設管理における費用対効果の向上 (2) 管理主体の選定手続きの透明化 (3) 出資法人（外郭団体）の経営の効率化 (4) 民間事業者の活力を活用した住民サービスの向上	
地方独立行政法人	目的	住民の生活の安定並びに地域社会及び地域経済の健全な発展に資すること	[2]
	効果	(1) 地方公共団体の事務及び事業の自律的、効率的な実施を推進 (2) 厳格な評価システム等の整備により、効率性・透明性を向上、地方行財政改革を推進 (3) 地方公共団体が機動的・戦略的に対応するためのツールを付与	
PFI	目的	効率的かつ効果的に社会資本を整備するとともに、国民に対する低廉かつ良好なサービス提供を確保し、もって国民経済の健全な発展に寄与すること	[3]
	効果	(1) 国民に対する低廉かつ良好なサービス提供されること (2) 公共サービスの提供における行政の関わり方が改革されること (3) 民間の事業機会を創出することを通じて経済の活性化に資する	

[1] 総務省自治行政局『公の施設の指定管理者制度の導入状況に関する調査結果（平成 19 年 1 月）』・参考資料「公の施設の指定管理者制度について」

[2] 地方独立行政法人制度の導入に関する研究会『地方独立行政法人制度の導入に関する研究会報告書（平成 14 年 8 月）』

[3] 総務省『PFI 事業に関する政策評価書（平成 20 年 1 月）』

出所）筆者作成

で良質な公共サービスの供給を実現することを目指している。

3.3 公立病院改革：その展開と手法の活用

公立病院改革は、平成の大合併を契機に、活発に行われるようになり、2009（平成 21）年 4 月の地方公共団体の財政の健全化に関する法律の全面施行により、財政運営の健全化が求められるようになった⁵⁾。2004（平成 16）年の地方独立行政法人法施行や 2006（平成 18）年 9 月の地方自治法の一部改正に伴う指定管理者制度の本格導入により、経営形態の多様化が模索される。2007（平成 19）年 12 月、総務省は「公立病院改革ガイドライン」を策定し、各地方公共団体に「公立病院改革プラン」の策定を要請した。

表 2 は、地方公営企業法の適用を受ける病院（以下、公立病院という）の年次推移をまとめ

5) 杉本（2007）は、市町村合併に伴う公立病院再編の動きを報告している。その他、市町村合併に伴う公立病院再編は、松山市中島病院・中島区域 5 島診療所、佐賀市立富士大和温泉病院がある。

表 2 病院数の年次推移

A. 経営形態別								
年度	2008	2009	2010	2011	2012			
全部適用	286	322	343	354	360			
一部適用	596	538	475	442	415			
指定管理者（代行制）	34	31	29	25	21			
指定管理者（利用料金制）	20	25	36	42	51			
計	936	916	883	863	847			

B. 病院数の増減								
年度	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
病院数	982	973	957	936	916	883	863	847
増加数	—	9	5	4	11	9	9	8
減少数	18	18	21	25	31	42	29	24
*地方独立行政法人化	1	6	1	3	7	22	11	7
*民間譲渡	5	4	5	1	6	4	3	1

注 1) データ出所は、総務省『地方公営企業年鑑（各年度版）』・「病院事業」である。

注 2) パネル B の「*」の付く項目は、減少数の内、該当する件数である。

出所）筆者作成

たものである。パネル A は経営形態別、パネル B は病院数の増減についてである。経営形態別では、指定管理者（代行制と利用料金制の合計）は微増しているが、公立病院全体に占める割合では 10% 未満である。病院数の増減では、地方独立行政法人化が減少要因として報告されているが、減少数全体に占める割合は一部の年度を除き、そう大きなものではない。

指定管理者制度による病院の運営には、代行制と利用料金制がある。代行制とは、診療報酬等の収入を設置者である地方公共団体が収受する制度である。利用料金制は、それを指定管理者が収受する制度である。2012（平成 24）年度の指定管理者制度の導入状況は、次のとおりである。代行制は、21 病院が採用し、一部の規模の大きい病院を除くと、100～200 床前後の病院が多い。地方部の病院が採用している傾向が強い。利用料金制は、51 病院が採用し、二極化している。ひとつは 100 床以下で、町村を含む地方部の病院である。もうひとつは、地方の中都市を中心に、200～300 床前後の病院である。特に後者の利用料金制を採用し、規模の大きい病院としてはみなと赤十字病院（神奈川県横浜市、634 床）と浜松医療センター（静岡県浜松市、606 床）がある。

病院の地方独立行政法人は、主に公営企業型が採用される。2012（平成 24）年度の状況等では、主に都道府県立の病院が採用している。高度・特殊、専門医療を専らとする病院が多いが、地方では一般医療の病院も法人化している。病院規模を示す病床数に顕著な傾向はなく、主に都道府県単位（もしくはグループ化）であることに特徴がある。

PFI は、総務省『地方公営企業年鑑（各年度版）』で特に報告されていないが、高知県・高

知市病院企業団立高知医療センター（高知医療センター，高知県高知市）と近江八幡市立総合医療センター（滋賀県近江八幡市）は早期に制度を活用した整備を行った。

指定管理者制度・地方独立行政法人・PFIは，民間的経営手法の導入と呼ばれる。一般にこれら手法の導入は，公立病院の赤字解消，効率化を実現させるものとして期待されることが多い。その一方，公立病院の役割，公共性の実現も期待されている。総務省『地方公営企業年鑑（平成24年度版）』では，「これは，民間的経営手法を導入し，経営改革を進めるための手段に過ぎず，経営形態の見直しを通じて達成しようとした所期の目的が果たされるよう，経営改革を実行していくことが求められる（p. 129）」としており，同じく経済性と公共性の両面の実現を求めている。

民間的経営手法（もしくは間接経営方式）は，地方公共団体と第三者が契約を結び，それに従って業務を遂行し，成果を報告，事後的にその評価を受けるという仕組みを持つ。これは従前の公立病院の主流であった直接経営方式とは大幅に異なるサービス供給方式である。契約による間接経営方式は，契約を適切に書き，それが誠実に履行されるよう，制度的な仕組みを構築する必要がある。これはインセンティブ設計もしくは制度設計の問題と呼ばれる。

間接経営方式は，これら事前の入念な設計を行わず，単純に特定の公共セクターに活用するだけでは，当初に期待された成果を生み出すことはできない。事前に検討が必要となる設計は，（1）報酬契約を含み，どのような内容の契約を交わすか，（2）どのような成果指標を使用するか（成果の測定方法），（3）どのような評価基準を設定し，どのような評価を行うかである。この一連の契約・成果・評価システムの設計および適切な運用ができない場合，成果を生み出さないばかりか，供給されるサービスの質は低下する⁶⁾。

4. 最適契約

4.1 先行研究

公立病院に関する経済学研究は，目的関数の定式化および最適化行動の分析に強い関心があった。西村（1976）は，日本の公立病院の行動について，次なる2つの分析を行った。ひとつは，公立病院の行動仮説に関するものであり，医療サービスの質の最大化行動と利潤調整行動という2つの行動仮説を立て，その実証分析を行った。知野（1993），知野・中泉（1995）は，この仮説について更なる分析を行い，利潤調整行動仮説が支持されることを明らかにした。

もうひとつは，公立病院内部における意思決定と内部組織に関するものである。医師は公立

6) 藤澤（2004）は，ニュージーランドにおける医療制度改革とニュー・パブリック・マネジメントについて，収益性と地域における社会的責任という2つの目標が公立病院に設定され，それが病院のパフォーマンスを低下させる大きな要因になったと報告している。

病院においても金銭的インセンティブを持つのか、医師報酬の決定とどのような関係を持つのか（医師はその決定権限を持っているのか）という点が注目された。西村・大竹（1989）、西村（1996）、佐野・岸田（2004）は、公立病院の医師は金銭的インセンティブを持っており、それが病院運営に大きな影響を与えていることを明らかにした。

4.2 契約理論とインセンティブ設計

エージェンシーにおける契約、成果および評価の研究は、契約理論や組織の経済学において行われてきた（Milgrom and Roberts, 1992., 伊藤, 2003., 伊藤・小佐野, 2003.）。契約理論では、仕事や業務を依頼する人をプリンシパル（principal）、依頼される側をエージェント（agent）と呼び、両者の間で、仕事や業務の内容、報酬について契約を交わすことを想定し、契約の特徴に関する分析を行う。

プリンシパルは、エージェントのインセンティブに留意しながら、契約を設計する必要がある。契約理論では、プリンシパルには観察できない変数の一つとしてエージェントの努力水準を考える。エージェントの努力を適切に引き出せない場合、プリンシパルの期待する成果は生み出すことができない。契約理論では、プリンシパルとエージェント両者にとって望ましい契約を分析する。これを最適契約と言い、エージェントのインセンティブを取り扱うことからインセンティブ設計の問題とも呼ばれる。

契約理論によるインセンティブ設計の問題は、公共部門の組織（もしくは業務外部委託）の問題に応用された。赤井・水野・小佐野（2003）は、政府（監督官庁）と外部団体からなるモデルを考え、外部団体として従来型の特殊法人と、インセンティブ報酬に依拠する独立行政法人の2つを設定し、各々から期待される成果を理論的に分析した。澤野（2005）は、ニュー・パブリック・マネジメントを契約理論の側面から考え、地方自治体の業務外部委託における契約のあり方について検討し、成果指標を一律に利用した委託契約が必ずしも望ましいわけではないことを明らかにした。

4.3 マルチ・タスク・モデル（Multi Task Model）

基本モデルは、プリンシパルが1人、エージェントが1人、依頼する仕事や業務が1つの場合で、シングルタスク・シングルエージェントである。依頼する仕事や業務が1つ以上の場合には、マルチ・タスクであり、Holmstrom and Milgrom（1991）はこの最適契約を分析した。Preyra and Pink（2000）は、マルチ・タスク・モデルを用いて非営利病院（Non profit hospital）を分析し、最適契約と報酬契約の実証分析を行った。以下は、そのモデルである。

プリンシパルは理事会（boards）、エージェントは病院経営者（CEOs）、タスクは余剰と病

院のサービス使命に関する成功度の2つである。理事会の目的関数は $B = (\text{SURPLUS}, \text{SERVICE})$ である。ここで SURPLUS は余剰であり、SERVICE は病院のサービス使命に関する成功度である。理事会が病院経営者に提示する報酬契約は、

$$C = \alpha_0 + \alpha_1 \text{SURPLUS} + \alpha_2 \text{SERVICE} \quad (1)$$

である。病院経営者は、報酬 C を効用関数 $U = U(C)$ で評価する。

病院経営者は、第三者には観察不可能な努力 (l_1, l_2) がある。この努力 (l_1, l_2) は、誤差 $(\varepsilon_1, \varepsilon_2)$ を伴って、成果 $(\text{SURPLUS}, \text{SERVICE})$ を実現する。成果関数は、 $\text{SURPLUS} = l_1 + \varepsilon_1$ および $\text{SERVICE} = l_2 + \varepsilon_2$ である。病院経営者の努力費用関数は $G(l_1, l_2)$ である。

理事会は、以下の問題を解く契約 $(\alpha_0, \alpha_1, \alpha_2)$ を選択する。

$\max E \{B(\text{SURPLUS}(l_1, \varepsilon_1), \text{SERVICE}(l_2, \varepsilon_2)) - \alpha_0 - \alpha_1 \text{SURPLUS}(l_1, \varepsilon_1) - \alpha_2 \text{SERVICE}(l_2, \varepsilon_2)\}$
subject to:

$$\begin{aligned} E \{U(C) - G(l_1, l_2)\} &\geq U_0 \\ (l_1^*, l_2^*) &\in \arg \max E \{U(C) - G(l_1, l_2)\} \end{aligned} \quad (2)$$

ここで (l_1^*, l_2^*) は均衡労働供給量である。

誤差 $(\varepsilon_1, \varepsilon_2)$ は正規分布で、その分散を (σ_1^2, σ_2^2) として、Holmstrom and Milgrom (1991) に従って解くと、最適契約 $(\alpha_0, \alpha_1, \alpha_2)$ を求めることができる。病院のサービス使命に関する成功度 SERVICE に関する最適な報酬契約（出来高率）は、

$$\alpha_2 = \frac{B_2 - B_1 G_{12} / G_{11}}{1 + \rho \sigma_2^2 (G_{22} - G_{12}^2 / G_{11})} \quad (3)$$

である。ここで ρ は病院経営者の効用関数の絶対的リスク回避度であり、 B と G の下付きはそれぞれの偏微分である。

最適報酬契約の特徴は、次のとおりである。病院のサービス使命に関する成功度 SERVICE について、 l_2 に関する成果関数の誤差のばらつきが非常に大きい場合 $(\sigma_2^2 \rightarrow \infty)$ 、最適契約は 0 に近づけることである $(\alpha_2 \rightarrow 0)$ 。これは病院経営者が、病院のサービス使命の実現に費やした努力を正確に反映しない成果指標は、報酬契約で用いないことが最適であることを示している。

最適報酬契約において、病院経営者の努力供給関数は $l_2 = l_2(\alpha_1, \alpha_2)$ である。参加制約条件を用いて、均衡まわりで比較静学を行うと、

$$\frac{\partial l_2}{\partial \alpha_1} \leq 0, \quad \frac{\partial l_2}{\partial \alpha_2} \geq 0$$

である。理事会が余剰 SURPLUS の実現に関する出来高率 α_1 を追加的に高く設定する場合、病院経営者の病院のサービス使命の実現に費やす努力水準 l_2 は低下する。一方、理事会が病

院のサービス使命に関する成功度 SERVICE の実現に関する出来高率 α_2 を追加的に高く設定する場合、病院経営者の病院のサービス使命の実現に費やす努力水準 l_2 は上昇する。

非営利病院は、community service, education, research, quality, charitable care など特定の目的、病院の使命を持つことが多い。この達成程度は完全に測定することは難しく、正確な成果指標は乏しい。最適契約においては、そのような成果指標を報酬契約に用いることは望ましくない。理事会が2つのタスクの実現を期待する非営利病院では、余剰 SURPLUS の実現のみを期待する営利病院よりも、余剰 SURPLUS の実現に関する出来高率 α_1 を低く設定し、病院経営者の病院のサービス使命の実現に費やす努力水準を引き出す。病院のサービス使命に関する成功度 SERVICE の測定誤差が非常に大きい場合は、理事会は非営利病院において $\alpha_2=0$ を選択する。

病院経営者の報酬の分散は、 $\alpha_1^2 \sigma_1^2 + \alpha_2^2 \sigma_2^2$ である。非営利病院と病院では、この報酬のばらつきが予想される。オンタリオ州の病院データを用いて分析を行い、最適報酬契約の特徴が実証されている。

日本の公立病院では、プリンシパルが病院開設者である地方自治体、エージェントが病院経営を受託する事業者（指定管理者・地方独立行政法人・特別目的会社）である。地方自治体がその実現を期待するタスクは、経済性と公共性の2つである。マルチ・タスク・モデルの議論から、契約において (a) 誰が受託者となるのか（エージェントの効用関数およびリスク態度）、(b) 成果・業績指標は、受託者の努力を正確に反映できるものか、(c) 成果・業績指標を報酬に関係させるか（関係させないのか）の3つが基本的視点である。

5. 横浜市立みなと赤十字病院

5.1 概要

横浜市立みなと赤十字病院は、指定管理者が日本赤十字社の市立病院である。病床数は、634床（一般病床：584床、精神病床：50床、2012年度現在）である。指定の経緯は、次のとおりである。

横浜市は、2004年2月25日、横浜市立港湾病院の指定管理者として、日本赤十字社を指定した。新しく開設される病院は「横浜市立みなと赤十字病院」とされ、2005年4月1日から診療を開始した。横浜市は、その狙いとして「指定管理者として決定している日本赤十字社の病院運営に関する豊富な知識と経験を活用することで、市立病院として、市民に対する良質な医療の提供と効率的な病院経営の両立を目指します」としている（横浜市衛生局『横浜市立病院経営改革計画（平成17年3月）』、p.43.）。

表3は、横浜市立みなと赤十字病院の収支状況をまとめたものである。指定管理は代行制で

表3 横浜市立みなと赤十字病院の収支状況（単位：千円）

	2005 (H17)	2008 (H20)	2009 (H21)	2012 (H24)
総収益	10,158,123	13,880,323	1,623,000	1,650,957
医業収益	9,047,277	12,488,452	317,958	62,542
医業外収益	1,016,424	1,341,260	1,304,996	1,588,415
特別利益	94,422	50,611	46	0
総費用	12,044,424	15,486,141	3,121,146	3,009,143
医業費用	10,932,440	14,368,902	2,136,894	2,115,768
医業外費用	1,017,562	1,000,490	981,661	892,937
特別損失	94,422	116,749	2,591	438
経常利益又は経常損失	-1,886,301	-1,539,680	-1,495,601	-1,357,748
指定管理制度	代行制		利用料金制	

出所）総務省『地方公営企業年鑑（各年度版）』・「病院事業」より筆者作成

始まったが、2009年4月より利用料金制となった。両制度の期間を通じて、経常損失の金額が減少してきている。医業利益・医業費用はともに増加している。特に医業外利益が増加していることに特徴がある。

病院規模は、当初、一般病床のみの584床であったが、後に精神病床50床を増床し、合計634床になった。

5.2 契約

横浜市と日本赤十字社は、指定管理に際して、病院管理に関する基本協定を締結した（「横浜市立みなと赤十字病院の指定管理に関する基本協定」）。協定で定められた指定管理業務は、診療、検診、政策的医療⁷⁾、地域医療全体の質の向上に向けた役割⁸⁾、使用料及び手数料の徴収、施設等の維持・管理、その改良改修及び保守・修繕、物品の管理である。

交付金と負担金は、次のとおりである。診療報酬交付金、指定管理料、政策的医療交付金、国・県補助額相当額の交付の4つは、横浜市から日本赤十字社に支払うものである。指定管理者負担金、病院事業会計共通経費負担金の2つは、日本赤十字社から横浜市に支払うものである。この金額の詳細は、指定管理の年度協定で定める。

7) 政策的医療は、(1) 24時間365日の救急医療、(2) 小児救急医療、(3) 輪番制救急医療、(4) 母児二次救急医療、(5) 精神科救急医療、(6) 精神科合併症医療、(7) 緩和ケア医療、(8) アレルギー疾患医療、(9) 障害児合併症医療、(10) 災害時医療、(12) 市民の健康危機への対応、である。具体的内容は、別途の基準書で定める。

8) 役割は、(1) 医療における安全管理、(2) 医療倫理に基づく医療の提供、(3) 地域医療機関との連携・支援、地域医療全体の質の向上のための取組、(4) 医療データベースの構築と情報提供、(5) 市民参加の推進、である。具体的内容は、別途の基準書で定める。

当初の契約（代行制）は、次のとおりである。診療報酬交付金（および指定管理料）は、みなと赤十字病院がその業務として徴収した使用料及び手数料のうち、入院収益及び外来収益の部分（医業収益の入院・外来部分）を交付するものである（指定管理料はそれに関連した収益部分）。政策的医療交付金は、2006年度協定では、定額で設定されている。

指定管理者負担金は、次なる算定式で金額を求める。（1）みなと赤十字病院と同種の建物の標準的な減価償却費相当額として算定した額（定額）、（2）医業収益が113億円を超える場合には、113億円を超える額に10の1を乗じた額。病院事業会計共通経費負担金は、定額である。現在の契約（利用料金制）でも基本的な仕組みは維持されている。

この契約は、インセンティブ契約になっている。横浜市は、日本赤十字社に政策的医療交付金（純額では指定管理者負担金の定額部分を控除した金額）を定額報酬として与え、入院収益及び外来収益を出来高報酬として与えている。後者の出来高報酬は、日本赤十字社にリスクを負担させ、増収努力を引き出すものである。一方、出来高率は、日本赤十字社が横浜市に支払う113億円を超える額に10の1を乗じた額の残余の部分であるので、113億円を超える額の10の9である。出来高率の設定は、日本赤十字社の増収努力が過度に働くことを抑えている。

5.3 制度設計

横浜市は、指定管理者制度の運営を検証する仕組みとして、地方自治法に基づく報告・調査・指示に加え、独自に点検・評価を行っている。点検・評価は、「横浜市立みなと赤十字病院の平成17年度指定管理業務の点検結果」として公表されている。

点検方法と結果は、次のとおりである。点検項目は、大項目（診療、検診、政策的医療、地域医療全体の質の向上に向けた役割、使用料及び手数料の徴収、施設等の維持・管理、その改良改修及び保守・修繕、物品の管理）ごとにあり、全121項目中、「実施」は106項目、「準備」は2項目、「未実施」は13項目である。

この点検・評価の特徴は、次のとおりである。（1）点検項目は、客観的に測定できる指標と対応させている⁹⁾。（2）点検・評価結果は、交付金や負担金の算定に利用していない¹⁰⁾。（3）定額で交付される政策的医療交付金は、その使途について、情報公開と説明する努力を求めている。

9) 点検・評価の弱点は、明示されていない項目の実施が手薄になることである。

10) プリンシパルが点検・評価結果を交付金・負担金の算定で利用しようとすると、エージェントに様々なインセンティブを与える。エージェントは、プリンシパルの実施する点検・評価に非協力的になる。エージェントがプリンシパルに報告する指標を操作する可能性がある。プリンシパルとエージェントは、成果を測定する指標の正確さをめぐって交渉することになり、その費用が発生する。医療サービスの質や政策医療の実施状況等といった、単純単一の指標だけでは十分に測定できない成果は、報酬（交付金・負担金）とリンクさせないということは、重要な契約・制度デザインの一つである。

いる¹¹⁾。

横浜市立みなと赤十字病院の指定管理では、インセンティブ契約によって、病院経営者の「経済性」に関する発揮努力を引き出している。トレード・オフとして懸念される医療サービスの質の低下や政策医療の疎漏といった「公共性」は、定額報酬と点検・評価によるモニタリングの組み合わせで、その実現努力を引き出している。この契約および制度設計は、契約理論の観点から見て、非常に入念に設計されている。

6. 大阪府立病院機構

6.1 概要

大阪府立病院機構は、大阪府の地方独立行政法人である。機構は5病院（急性期・総合医療、呼吸器・アレルギー医療、精神医療、成人病、母子保健総合医療）から構成され、病床数は2,701床（一般病床：2,004床、結核病床：150床、精神病床：547床、2012年度現在）である。法人化の経緯は、次のとおりである。

大阪府は、2006年4月、5府立病院を「大阪府立病院機構」として地方独立行政法人化した。大阪府は、その狙いとして「大阪府の医療政策として求められる高度専門医療を提供し、及び府域における医療水準の向上を図り、もって府民の健康の維持及び増進に寄与することを目的とする」としている（地方独立行政法人大阪府立病院機構定款・第1条）。

表4は、大阪府立病院機構の収支状況をまとめたものである。法人化当初の経常損益は約1億4000万円であったが、近年では約30億1900万円まで増加している。医業利益・医業費用はともに増加しているが、医業利益の増加の方が大きい。特に運営費負担金が減少していることに特徴がある。

病院規模は、当初、2,854床（一般病床：2,037床、結核病床：200床、精神病床：617床）であったが、後に減床し、合計2,701床となった。病床利用率は、77.3%（2007年度）から82.7%（2012年度）に上昇した。職員数は、3,238（2007年度）から3,630（2012年度）に増加した。年延患者数は、入院が増加し、外来が減少している。

11) 氷見市民病院（富山県）は、経営改革の一環として指定管理者制度を採用することを決め、2008年4月から金沢医科大学が指定管理者となった。氷見市民病院経営改革委員会『氷見市民病院の経営改革に関する答申書（平成19年5月）』は、経営の適切性に関するチェック体制として「経営評価委員会（仮称）」を設置することとしている。指定管理者制度では、契約のみならず、独自の点検・評価を実施し、そのモニタリングを行うことの重要性は広く認識されている。澤野（2007）は、愛知県の県営名古屋空港を対象とし、指定管理に関する契約および入札、モニタリング制度を分析している。

表 4 大阪府立病院機構の収支状況（単位：千円）

	2007 (H19)	2010 (H22)	2012 (H24)
営業収益 (うち)	60,771,410	67,543,364	71,239,277
入院収益	32,213,862	38,025,186	42,098,896
外来収益	11,182,563	12,954,312	14,713,486
運営費負担金	13,863,545	13,641,991	11,366,547
営業費用	59,588,996	63,445,070	67,381,419
営業損益	1,182,414	4,098,294	3,857,858
営業外収益	1,048,650	1,014,260	1,192,842
営業外費用	2,091,004	1,977,198	2,031,524
営業外損益	-1,042,354	-962,938	-838,682
経常損益	140,060	3,135,356	3,019,176

出所) 総務省『地方公営企業年鑑（各年度版）』・「病院事業」より筆者作成

6.2 法制

法人の種別は、役員及び職員に地方公務員の身分を与える特定地方独立行政法人である。設立団体の長が定める中期目標は2006年4月1日からの5年間であり、その期間に対応した中期計画が策定されている。この中期計画を達成するために、年度計画が策定されており、第1年度である平成18事業年度については、評価委員会による評価結果が公表されている（大阪府地方独立行政法人評価委員会『地方独立行政法人大阪府立病院機構 平成18事業年度の業務実績に関する評価結果』平成19年8月）。2014年4月、大阪府は法人の種別を変更し、一般地方独立行政法人（非公務員型）となった（地方独立行政法人大阪府立病院機構『平成26年度 年度計画』平成26年3月26日届出）。

大阪府立病院機構は、地方独立行政法人の内、公営企業型である。公営企業型地方独立行政法人は、「住民の生活の安定並びに地域社会及び地域経済の健全な発展に資するよう努めるとともに、常に企業の経済性を発揮するよう努めなければならない（第81条）」とされており、地方公営企業と同様に「経済性」と「公共性」の発揮が求められている。

地方独立行政法人法では、運営費負担金に関する定めはない。大阪府立病院機構では、中期計画において運営費負担金の考え方を明記しており、「救急医療等の行政的経費及び高度医療等の不採算経費については、地方独立行政法人法の趣旨に沿って定められた基準により決定する。建設改良費及び長期借入金等元利償還金に充当される運営費負担金等については、料金助成のための運営費負担金等とする（p.13）」としている。

地方独立行政法人および大阪府立病院機構の法制には、インセンティブ契約の特徴はない。大阪府は、大阪府立病院機構に運営費負担金を定額報酬として与えているのみである。一方、交付される運営費負担金は経年的に減少しており、機構が営業収益として入院収益及び外来収

益を増加させる必要性が高まっている。病院の増収努力と費用削減努力は、運営費負担金の減額によって引き出されている。この点は、大阪府と大阪府立病院機構の間で大きな交渉事項になっており、大阪府立病院機構は自らのホームページに「大阪府立病院のミッション」を公開した(2014年12月19日公開)。そのサイト内に「運営費負担金一覧はこちら」のページがあり、年度ごとの運営費負担金の繰入額の推移を示し、その減額を示している。

6.3 制度設計

大阪府地方独立行政法人評価委員会の評価は、次のとおりである。平成18事業年度の評価結果は、大項目評価として「府民に提供するサービスその他の業務の質の向上(全71小項目)」、「業務運営の改善及び効率化(全26小項目)」、「財務内容の改善に関する事項(収支状況)」の3つがあり、前者2つの小項目について達成度を評価し、そのウエイトづけを行い、達成状況を評価している。

主要な結果は、前者2つの大項目について「計画どおり進捗している」とされた。財務内容の改善は、医業収入は伸び悩んだものの、医業費用については人件費の抑制や材料費の節約が実現され、収支構造が大幅に改善されたと報告されている。

評価委員会の評価は、運営費負担金の算定ルールにあるとおり、大阪府立病院機構への予算措置に利用していない。大阪府立病院機構では、運営費負担金の減額によって、病院経営者の「経済性」に関する発揮努力を引き出している。トレード・オフとして懸念される「公共性」は、中期計画の策定、運営費負担金の交付、評価によるモニタリングの組み合わせで、その実現努力を引き出している¹²⁾。

12) 地方独立行政法人における運営費負担金の算定、交付および減額は、非常に重要、かつ難しい問題である。近年では、地方自治体の財政難に対応して、運営費負担金は減額される方向にある。このため法人化する前の段階で、費用負担に関する取り決めを行うことが多い。山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院の統合再編に関する報告書では、「県と市は、法人に対して中期目標を示し、目標に対し法人が施策する中期計画を認可することにより、県と市の施策目標の実行を担保する。合わせて、政策医療、不採算医療等に係る経費について、地方独立行政法人法に基づき、法人に対して県と市が運営交付金を交付することにより、地域医療の確保について責任を持つ」としている(経営形態のあり方に関する有識者委員会(山形県・酒田市病院統合再編協議会)『統合病院の経営形態に関する報告書～山形県立日本海病院及び酒田市立酒田病院の統合再編について～』平成19年5月・資料3)。

7. 高知医療センター

7.1 概要

高知医療センターは、高知県・高知市病院組合が運営する一部組合立病院（以下、病院組合という）である。病床数は、676床（一般病床：574床、結核病床：50床、精神病床：44床、感染症病床：8床、2012年度現在）である。PFI事業の経緯は、次のとおりである。

高知県と高知市は、一部事務組合の高知県・高知市病院組合を設立し（1998年11月）、PFIを活用し、2005年3月に高知医療センターを開設した（事業名称：高知医療センター整備運営事業）。高知医療センターは、地方公営企業法上の地方公営企業である（2001年4月一部適用）。整備運営事業の概要は、高知医療センター「高知医療センター整備運営事業（平成16年2月）」として公表されている。

整備理念は「医療の中心は患者さん」であり、基本目標は「医療の質の向上」、「患者さんサービスの向上」、「病院経営の効率化」の3つである¹³⁾。高知県・高知市病院組合は、2009年度にPFI事業の成績不良を理由として契約を解除し、2010年4月から直接運営している。

表5は、高知医療センターの収支状況をまとめたものである。PFIの事業期間中は経常損失を計上していたが、現在では約1億6600万円の経常利益である。期間を通算して、医業利益・医業費用はともに増加しているが、医業利益の増加の方が大きい。特に医業外費用が減少していることに特徴がある。

病院規模は、当初、648床（一般病床：590床、結核病床：50床、感染症病床：8床）であっ

表5 高知医療センターの収支状況（単位：千円）

	2005 (H17)	2009 (H21)	2012 (H24)
総収益	15,559,358	18,259,037	19,976,647
医業収益	12,582,169	14,850,960	16,910,460
医業外収益	2,857,916	2,891,225	3,019,274
特別利益	119,273	516,852	46,914
総費用	17,313,367	19,266,785	19,845,819
医業費用	15,872,598	17,522,018	18,602,374
医業外費用	1,346,693	1,567,148	1,161,353
特別損失	94,076	177,619	82,092
経常利益又は経常損失	-1,779,206	-1,346,981	166,006

出所）総務省『地方公営企業年鑑（各年度版）』・「病院事業」より筆者作成

13) 基本理念・目標を実現するために、次なる機能を有する病院を整備するとしている。（1）自治体病院としての使命を果たす病院とする。（2）地域医療支援病院として地域完結型の医療をめざす。（3）臨床研修指定病院として教育・研修機能の充実を図る。（4）災害時における医療支援拠点病院として機能する。

たが、後に一般病床を減床、精神病床 44 床を増床し、合計 676 床になった。

7.2 契約

整備運営事業の業務分担は、「民間事業者が、病院組合との協働により病院運営に参画することを基本とし、次に示した病院本館施設等の建設・維持管理、医療関連サービスの提供等の業務を行うものとする」であり、病院組合はそれ以外の診療や法令事務を行う（高知県・高知市病院組合『高知医療センター整備運営事業 1 次募集要項（平成 13 年 1 月）』，p. 2.）。

事業契約は、民間事業者が SPC である高知医療ピーエフアイ株式会社、契約期間は 2002 年 12 月 8 日～2032 年 3 月 31 日までの 30 年間、契約金額は 2,131 億 8,971 万 8,350 円（うち消費税 101 億 5,189 万 1,350 円）である。

整備運営事業では、「民間企業のノウハウを公共事業に取り入れることにより財政負担を軽減できることが PFI 方式を導入するメリットである」として病院整備・運営の効率化をあげている。モニタリング監視は、「日常、定期、随時に SPC が提供するサービスに対する監視（モニタリング）を行うことにより、業務の「質」の維持、向上を図る。要求水準が満たされていない場合には、その程度に応じて業務改善勧告やサービス対価の減額（ペナルティ）を行うことにより、その実効性を担保」するとしている。

この契約は、病院事業を診療・法令事務と整備・関連事務に分割し、それぞれ別の主体に業務を割り当て、それを遂行させる仕組みに特徴がある。前者の診療・法令事務は、従前の地方公営企業として病院組合が行い、後者の整備・関連事務は新規に採択した民間事業者が行う。病院組合は、民間事業者が達成すべき水準を事前の契約で明記し、未達成の場合はその評価を行う。民間事業者が担当する診療・法令事務以外の部門に費用削減努力を促す仕組みがあり、この部分はインセンティブ契約である。診療・法令事務の部門はこの仕組みに関係しないので、この契約は主に費用削減努力を引き出すものとなっている。

7.3 制度設計

高知県・高知市病院企業団協議会は、高知医療センターの現況を会議録で公表している。PFI 事業による財政負担の軽減は、材料費で約 300 億円の圧縮、もろもろの諸経費を支払って支出しても約 150 億円の圧縮ができ、建設費で 50 億円の圧縮が図れるため、30 年間で計 200 億円の圧縮が図れる内容とされている（第 8 回会議録，p. 16.）。

材料費は、医療収益に対する比率として 23.4%が契約されている（第 6 回会議録，p. 18.）。実績は契約から乖離し、2004 年度から 2008 年度での見込みと実績の乖離額は 31 億 7,400 万円であった（第 8 回会議録，p. 23.）。SPC は、本来受け取るはずであったマネジメント料（約 1

億 6,000 万円) の返戻という形で対応したが、この形では総額としても 2013 年度までには使い果たしてしまうことが指摘された (第 8 回会議録, pp. 26-27.)。

モニタリングによる業務の質の維持は、SPC が協力企業や受託企業の業務についてそれぞれ行い、それが要求水準を満たしていない場合には、その満たしていないポイントに応じて委託料を減額する仕組みである (第 6 回会議録, p. 16.)。2006 年度のモニタリングによる減額は約 1,100 万円、2007 年度上半期では 50 万円であり、大幅に改善された (第 7 回会議録, p. 19.)。物品物流管理業務 (SPD 業務) ではモニタリングの未達成項目はなくなったが、医事業務では多くの課題が残った (第 7 回会議録, p. 12.)。

高知県・高知市病院企業団協議会は、現状の体制では問題の解決は望めないとして、PFI 事業による病院整備・運営を終了することとし、2010 年 3 月末をもって、契約を解除した。病院組合は、契約解除に伴い、約 7,700 万円を民間事業者に支払った (第 14 回会議録, p. 24.)。

PFI による高知医療センター整備運営事業では、診療・法令事務以外の業務を契約によって民間事業者に委ね、成果や実績に基づくインセンティブ契約とモニタリングの組み合わせで、病院経営者 (整備・関連事務の責任者) の「経済性」の実現を図ろうとした。本来の業務である診療は、基本理念・基本目標を明確に掲げた上で、病院組合が直営で行い、従前の地方公営企業と同じ病院形態である。政策医療の実施といった「公共性」は、病院開設者の他会計補助金・他会計負担金の交付によって実現を図り、インセンティブ契約は用いていない。

高知医療センターの PFI 事業が終了した理由は、部門間に円滑な意思疎通を欠き、材料費の契約 (医療収益に対する比率 23.4%) が過大であることであった¹⁴⁾ (第 14 回会議録, p. 20, 29, 35.)。

8. 結論

この論文の目的は、公立病院改革で活用される病院のエージェンシー化について、その制度をまとめ、地方公営企業で期待される「経済性」と「公共性」の両面がどのように実現されるのか、実現されないのであれば、どの部分が障害となるのかを Holmstrom and Milgrom (1991) のマルチ・タスク・モデルを用いて明らかにすることであった。本稿の主要な結論は、次のとおりである。(1) 公立病院の役割は、民間医療機関では不十分にしか供給されない不採算医療

14) PFI を活用した「近江八幡市民病院整備運営事業」では、整備した近江八幡市立総合医療センターの経営状態が大幅に悪化していることが明らかになった。原因は、当初計画で見込んでいた収入が大きく外れたためである (近江八幡市立総合医療センターのあり方検討委員会『近江八幡市立総合医療センターのあり方に関する提言 (平成 20 年 1 月)』)。近江八幡市は、2008 年度に契約を解除し、2009 年 3 月に PFI 事業を終了した。大島 (2007) は、同様の需要予測 (収入見込み外れ) の問題として、タラソ福岡 PFI を報告している。澤野 (2009) は、北九州市のひびきコンテナターミナルの PFI 事業を分析し、その効果が限定的となった原因を明らかにしている。

サービスを提供することである。(2) 地方公営企業としての公立病院は、そのサービス提供による「公共性」の実現のみならず、病院収支等の「経済性」の実現も求められている。(3) 近年の公立病院改革では、民間の経営手法の活用が求められている。その代表的手法として、指定管理者制度・地方独立行政法人・PFIの3つがある。これら手法を活用し、成果を得るためにはインセンティブ設計を行う必要がある。(4) 非営利病院において余剰と病院のサービス使命に関する成功度の2つを考えるマルチ・タスク・モデルでは、病院のサービス使命の実現に関する努力を引き出すため、その成果指標を報酬契約で用いないこと、余剰に関する出来高率を引き下げることが最適契約である。(5) 指定管理者制度・地方独立行政法人・PFIの3つを早期に活用した病院の契約と制度設計を検討した。この内、指定管理者制度を活用した横浜市立みなと赤十字病院には、「経済性」と「公共性」の両面を実現させるインセンティブ設計があり、公立病院の役割を効率的に実現している。

2007年12月に公表された総務省『公立病院改革ガイドライン』は、公立病院の今後の経営形態について、そのエージェンシー化を明確に掲げている。本稿の分析から、エージェンシーと言っても、指定管理者制度・地方独立行政法人・PFIの3つでは、それぞれ機能と効果が異なっている。どのような地域、どのような機能を持つ病院が、どの手法に適しているのかというのは、自明ではない。これは今後に残された課題である。

一方、公立病院の改革は、地方公営企業法が考える「経済性」の実現のみならず、医療サービスの提供を通じた「公共性」の発揮も期待されている。この両面を実現させるエージェンシー化には、インセンティブ設計が必要である。これは地域や病院機能に関わらず、共通する部分である。公立病院改革およびそのエージェンシー化では、この観点からの分析も必要となっている。

参考文献

- Holmstrom, B. and P. R. Milgrom., (1991) Mutitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contract, Asset Ownership, and Job Design, *Journal of Law, Economics, & Organization*, Vol. 7, Special Issue, pp. 24-52.
- Milgrom, B. and J. Roberts., (1992) *Economics, Organization and Management*, Prentice Hall (奥野正寛・伊藤秀史・今井晴雄・西村理・八木甫訳 (1997) 『組織の経済学』, NTT 出版).
- Preyra, C. and G. Pink., (2001) Balancing Incentive in the compensation contracts of nonprofit hospital CEOs, *Journal of Health Economics*, Vol. 20, No. 4, pp. 509-525.
- 赤井伸郎・水野敬三・小佐野広 (2003) 「独立行政法人システムの経済理論—メリット・デメリットの論理的整理」『フィナンシャル・レビュー』第67号, pp. 151-171.
- 伊藤秀史 (2003) 『契約の経済理論』有斐閣.
- 伊藤秀史・小佐野広 (2003) 『インセンティブ設計の経済学—契約理論の応用分析—』勁草書房.
- 井上孝男 (1986) 『公営企業』ぎょうせい.
- 漆博雄 (1986) 「わが国における医師の地域的分布について」『季刊社会保障研究』第22巻第1号, pp. 51-63.
- 大島誠 (2007) 「タラソ福岡のPFI事業破綻について—施設買い取り条項を中心に—」『都市問題』

- 第 98 巻第 11 号, pp. 100-110.
- 奥林康司 (2007) 「独立行政法人の意義」『都市問題研究』第 59 巻第 8 号, pp. 33-49.
- 佐野洋史・岸田研作 (2004) 「医師の非金銭的インセンティブに関する実証研究」『季刊社会保障研究』第 40 巻第 2 号, pp. 193-203.
- 澤野孝一郎 (2005) 「ニュー・パブリック・マネジメントと契約理論—自治体業務の外部委託を中心に」『オイコノミカ (名古屋市立大学経済学会)』第 41 巻第 3.4 号, pp. 55-65.
- 澤野孝一郎 (2007) 「第 3 章 県営名古屋空港の経緯と指定管理」, 赤井伸郎・上村敏之・澤野孝一郎・竹本亨・横見宗樹『地方自治体のインフラ資産活用に対する行財政制度のあり方に関する実証分析—地方空港ガバナンス (整備・運営) 制度に関する考察—』, RIETI ディスカッション・ペーパー (No. 07-J-045), pp. 28-47.
- 澤野孝一郎 (2009) 「第 3 章 港湾の規制と競争の諸側面について—構造改革特区と北九州港における PFI 事業の取り組みから—」, 赤井伸郎・上村敏之・澤野孝一郎・竹本亨・横見宗樹『港湾の効率的効果的な整備・運営のあり方に関する財政分析—整備・規制・運営の構造分析—』, RIETI ディスカッション・ペーパー (No. 09-J-010), pp. 33-69.
- 塩谷泰一 (2005) 「自治体病院の経営責任と社会貢献」『都市問題研究』第 57 巻第 8 号, pp. 22-42.
- 塩谷泰一 (2007) 「共感と感動の医療が求められる自治体病院」『都市問題』第 98 巻第 11 号, pp. 83-92.
- 杉本順子 (2007) 『自治体病院再生への挑戦—破綻寸前の苦悩の中で—』中央経済社.
- 知野哲朗 (1993) 「医療サービスと公立病院の選択行動」『季刊社会保障研究』第 29 巻第 3 号, pp. 232-244.
- 知野哲朗・中泉真樹 (1995) 「第 8 章 公立病院の行動と地域的な医療格差」, 錫田忠彦編著『日本の医療経済』, 東洋経済新報社, pp. 129-150.
- 自治体病院経営研究会編 (2000) 『自治体病院経営ハンドブック』ぎょうせい.
- 西村周三 (1976) 「わが国の医療制度と公立病院」『季刊現代経済』第 22 号, pp. 100-113.
- 西村周三 (1996) 「第 11 章 医師数と医療費」, 社会保障研究所編『医療保障と医療費』, 東京大学出版会, pp. 235-252.
- 西村周三・大竹文雄 (1989) 「医業に要する経費の地域格差と診療報酬評価」『医療』第 5 巻第 12 号, pp. 35-37.
- 藤澤由和 (2004) 「ニュージーランドにおける医療制度改革とニュー・パブリック・マネジメント」『医療経済研究』第 14 号, pp. 27-40.
- 古澤靖久 (2007) 「PFI/PPP の基礎」『都市問題研究』第 59 巻第 8 号, pp. 50-71.
- 三野靖 (2007) 「指定管理者制度の導入後の課題」『都市問題研究』第 59 巻第 8 号, pp. 72-84.

The Role of Public Hospital, its Reforms and Incentives Revised

Koichiro Sawano

Abstract

The aim of this paper is to report a public hospital reform in Japan and to discuss the process, results and its future. Our mainly observed features and important conclusions are as follows: (a) resource allocation and income distribution issues exist in public health care delivery system, (b) revenue balancing and service mission are both key objectives, (c) there is the agency problem in its reforms, and then the multitask principal agent model of Holmstrom and Milgrom (1991) constitutes optimal compensation scheme in incentive awards for both performance.